

食事療養
国民健康保険 **標準負担額減額差額分支給申請書**
生活療養

減額対象者	氏名 <small>個人番号</small>					被保険者記号・番号	柏国
	生年月日	S H R	年	月	日	男・女	世帯主との続柄
療養を受けた 保険医療機関 等	名称						
	所在地						
	期間	年	月	日から	年	月	日まで
減額が受けられなかった理由							
<input type="checkbox"/> 長期該当の手続き期間中であった <input type="checkbox"/> 入院中などのため申請できなかった <input type="checkbox"/> 減額の制度を知らなかった <input type="checkbox"/> その他 ()							
上記療養に対し支払った額 (標準負担額)						円	

上記のとおり、標準負担額差額を申請します。

令和 年 月 日

柏原市長様

世帯主	住所	柏原市					
	氏名					連絡先	()
申請人	住所					世帯主との続柄	
	氏名					連絡先	()

上記標準負担額差額分について、下記の口座にお振込みください。

金融機関	預金科目・番号	口座名義人
銀行・信用金庫・農協	普通・当座・貯蓄	※カタカナで記入してください
	本・支店	

保 險 者 処 理 欄	月支給決定金額	円
	イ	(550 - 270) 円 × () 食 = () 円
ロ	(270 - 220) 円 × () 食 = () 円	= 保険者 円 + 一部 円
ハ	(550 - 220) 円 × () 食 = () 円	月分 (食) 円
ニ	(550 - 130) 円 × () 食 = () 円	= 保険者 円 + 一部 円
ホ	(-) 円 × () 食 = () 円	月分 (食) 円
ヘ	(-) 円 × () 食 = () 円	= 保険者 円 + 一部 円
	合 計 () 円	月分 (食) 円
	ト却下 (理由:)	= 保険者 円 + 一部 円